**RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE**

# AI SENSI DELL’ART. 42 DECRETO LEGISLATIVO 151/2001

**DICHIARAZIONI AI SENSI DEL DPR 445/200**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Oggetto: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap grave

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto di lavoro a tempo indeterminato

## COMUNICA

Che il/la proprio/a (grado di parentela, cognome nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_ è portatore di handicap in situazione di gravità e necessità di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi dell’art.3, comma 3, Legge 104/1992.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci

## DICHIARA

1. Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al familiare sopra indicato;
2. Che il familiare per il quale viene richiesto il congedo non è ricoverato a tempo pieno;
3. (*Non necessario per l’assistenza verso i figli*) Di essere convivente / temporaneamente domiciliato/a con il familiare portatore di handicap al seguente indirizzo (*specificare se diverso dalla residenza*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. (*Non necessario per l’assistenza verso i figli*) Che provvederò ad instaurare il rapporto di convivenza con il familiare portatore di handicap entro l’inizio del periodo di congedo richiesto e per tutta la durata dello stesso al seguente indirizzo (*specificare se diverso dalla residenza*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. (*SI Necessario per l’assistenza verso i figli*) Che non vi è contemporaneità di fruizione del congedo da parte del proprio coniuge Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. che nella situazione familiare dell’assistito mancano, ovvero ove presenti sono affetti da patologie invalidanti (*allegare certificazione medica*), altre categorie di aventi diritto di cui al comma 5 dell’art.42 del D.Lgs. 151/2001, collocati in via prioritaria rispetto al richiedente;
7. Che nessun altro familiare convivente beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;
8. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita di legittimità del beneficio in oggetto;
9. Che in precedenza non ha fruito del congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell’ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Consapevole del fatto che la possibilità di fruire di tale beneficio comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sostengono per l’effettiva tutela dei diversamente abili, e che il riconoscimento dello stesso comporta l’impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza

## CHIEDE

Ai sensi dell’art. 42 Decreto Legislativo 151/2001, come modificato dall’art.4 Decreto Legislativo 119/2011, di usufruire di un periodo di congedo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

*Si allega:*

* *Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l’handicap in situazione di gravità rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l’ASL (oppure decreto di omologa in caso di contenzioso)*
* *Autodichiarazione rilasciata dal coniuge (ove pertinente) di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti.*
* *Dichiarazione di rinuncia alla fruizione del congedo di altri familiari conviventi con il medesimo grado di parentela (ad es. altri fratelli conviventi).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_